

喀痰吸引等研修(第3号研修)受講申込書

令和元年 月 日現在

私は、以下のとおり一般社団法人 Smart art研修センターの喀痰吸引等研修(第3号研修)受講を申し込みます。

ふりがな 氏名			男	女	
生年月日	昭和 平成	年	月	日生 満 歳	
住所	〒				
	愛知県				
勤務先	勤務先名		電話番号		
	所在地		携帯番号		
介護関係 取得資格 等	介護分野の経験年数()年		免除科目	有 無	
	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー(級) <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 同行援護従業者		<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他()		
実地研修	対象者氏名		<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		
	居住地				
	対象者氏名		<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		
	居住地				
	対象者本人(又はその家族等)から実地研修の実施について書面による同意は得られますか。		はい	いいえ	
	対象者のかかりつけ医等の医師から、対象者に対して上記医療的ケアを行うことの承諾は得られますか。		はい	いいえ	
	実地研修の際に看護師が指導してくれることの許可は得られますか。		はい	いいえ	

※対象者(又は家族)の同意書と一緒に郵送にてお申込み下さい。

郵送先: 〒458-0024 名古屋市緑区尾崎山2丁目111番地ヴィクトワール尾崎山1階

一般社団法人 Smart art研修センター

TEL:052-623-7653 fax 052-623-7726 直通電話090-1281-5472鈴木

※申込書類を確認の上、受講可否通知を送付します。

※受講料は受講日3日前までにお振込みいただきますようお願いいたします。

※基本研修(講義・演習)全て免除される方は、それを証明する写しも同封願います。